9

Über

Carcinom der Prostata und Harnblase.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Fakultät

der Kgl. preuss. Georg-August's Universität zu Göttingen

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Burchard Gätjen
cand. med.

aus

Oldenburg i. Gr.

Göttingen 1897.

(Druck von Ad. Littmann in Oldenburg i. Gr.)

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. W. Ebstein.

Mündliche Prüfung: am 31. Juli 1897.

Seiner lieben Mutter

und

dem Andenken seines Vaters

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30593815

Der Verlauf der Carcinome ist im allgemeinen ein chronischer. Wenn auch im einzelnen mancherlei Schwankungen vorkommen, so umfasst doch die Entwickelungsgeschichte des Carcinoms von seinen ersten Anfängen an bis zu dem Zeitpunkte, an dem der Kranke schliesslich dem Leiden erliegt, meistens eine ziemlich lange Zeit, ja oft mehrere Jahre. Von Bedeutung ist hierbei einerseits die Localität und deren physiologische Eigenschaft, z. B. ihres Gefässapparates, andererseits auch die Structur des Krebses selbst, sein Zellreichthum und seine Vascularisation, sowie seine Neigung zu gewissen Metamorphosen. Der Verlauf des Carcinoms schliesst in der Regel mit dem Tode des Trägers ab, vor allen Dingen bei den Geschwülsten, die einer Operation nicht zugänglich sind. Aber auch bei denjenigen Carcinomen, deren operative Entfernung möglich ist, bleibt die Prognose ungünstig, da die Patienten infolge von früher oder später entstehenden Recidiven resp. Metastasen doch zu Grunde gehen.

Zu den seltensten Arten dieser hoffnungslosen Erkrankung gehören die Carcinome der Prostata und der Harnblase. Im Gegensatz zu der eigenartigen Umwandlung der Vorsteherdrüse im höheren Alter, welche als Prostatahypertrophie bezeichnet wird, und welche in der Classification der Geschwülste entschieden als eine gutartige zu bezeichnen ist, sind die eigentlichen Geschwülste der Prostata ausschliesslich bösartige. Davon nehmen die eigentlichen Carcinome den überwiegenden Teil ein und sind die hauptsächlichste Erkrankung im Mannes- und Greisenalter. Fast immer ist die Geschwulstbildung in der Prostata eine primäre. „Ganz ausnahmsweise nur ereignet es sich, dass im weiteren Fortschreiten aus der Nachbarschaft her oder etwa durch Metastasenbildung bei vorhandener Carcinose die Prostata secundär erkrankt. So wird sie auch fast niemals bei den nicht seltenen Carcinomen der Harnblase in Mitleidenschaft gezogen. Dagegen bleibt umgekehrt das Carcinom der

Protasta nur in der ersten Zeit des Verlaufs der Krankheit isoliert auf die Drüse beschränkt. Es zeigt eine sehr lebhafte Tendenz zur Verbreitung und geht im Beckenzellgewebe und den Lymphgefässen weiter, so dass manchmal die Neubildung die gesamten Beckenorgane befällt. Während die Carcinome der Blase sich nicht auf die Prostata übertragen, findet das Umgekehrte nicht selten statt.“ [1])

Um ein solches Prostatacarcinom mit secundärer Erkrankung der Blase handelt es sich auch bei folgendem Falle, der mir durch die Güte des Herrn Geh.-Rats Prof. Dr. Ebstein zur Bearbeitung überlassen wurde. Es sei mir zunächst gestattet, die Krankengeschichten und das Sectionsprotocoll nach dem Original in der Bibliothek der Göttinger Med. Klinik mitzuteilen. Da der betreffende Patient zweimal behufs Heilung seines Leidens die Klinik aufsuchte, so will ich zuerst die frühere und dann die letzte Krankengeschichte anführen.

I. Fall.

1. Krankengeschichte: Büttner, Karl, 40 Jahre alt, Brauer aus Andreasberg am Harz. Aufgenommen am 5. März 1895, entlassen am 30. März 1895.

Anamnese: Die Eltern des Patienten sind tot, der Vater starb an einem Lungenleiden, die Mutter an Magenkrebs. Die Geschwister leben und sind gesund. Der Patient ist verheiratet; Frau und Kinder leben und sind gesund. Mütterlicherseits zeichnete sich seine Familie durch fette und starke Leute aus. Es soll daselbst auch Neigung zu Blutungen bestanden haben.

Seit August 1894 will Patient Blut im Urin bemerkt haben, nachdem er 14 Tage lang vorher Schmerzen im Unterleib mit zeitweiliger Besserung hatte. Zur Zeit bestehen Schmerzen beim Urinlassen vorne in der Harnröhre. Dasselbe soll öfter und etwas erschwert erfolgen, ebenso ist der Stuhl hart und angehalten. Vor etwa 3 Jahren will Patient einmal Schmerzen in der linken Seite gehabt haben, ohne jedoch Blut resp. einen Stein zu entleeren. Rückenschmerzen oder Koliken im Unterleib fehlten. Von sonstigen Krankheiten giebt Patient an, dass er als Kind die Masern und vor 12 Jahren eine Rippenfellentzündung hatte. Vor 4 und 2 Jahren hatte er einen Gelenkrheumatismus zu überstehen. Über seine Lebensführung befragt, giebt Patient an, trotz seines Gewerbes

— Brauer — stets mässig gelebt zu haben; so will er insbesondere seit November 1894 kein Bier mehr getrunken haben. Geschlechtliche Infection wird negiert.

Status praesens am 8. März 1895. Der Patient ist ein grosser, kräftiger, robust gebauter Mann. Oedeme sind nicht vorhanden. Die Temperatur ist normal. Der Stuhlgang ist auf Darreichung von Ol. Ricini erfolgt. Der Thorax ist kräftig entwickelt. Links vorne unterhalb der Clavicula ist die Resistenz etwas vermehrt. Der Schall ist überall über den Lungen vorne wie hinten laut. Vesiculäres Atmen. Der Leib ist weich, etwas voll, die Bauchdecken sind ziemlich fettreich. Abnorme Resistenzen fehlen. Es scheint die linke Niere in der Tiefe etwas druckempfindlicher zu sein als die rechte. Die Hoden sind intact. Die Herzresistenz ist nicht verbreitert, die Herztöne sind rein. Der Urin, in einer Menge von circa 1300 ccm entleert, ist blutrot, etwas trübe und reagiert sauer. Am Boden befindet sich ein blutig gefärbter Niederschlag, der reichlich rote Blutkörperchen in allen Stadien der Auslaugung enthält, ausserdem Rundzellen in grosser Anzahl, mehr als dem Blutgehalte entspricht. Dagegen ist der Eiweissgehalt letzterem entsprechend. Cylinder fehlen.

Diagnose: Hämaturie. Cystitis. Nephrolithiasis.

Therapie: Bettruhe.
1 Krug Fachinger Wasser pro die.

Verlauf der Krankheit: 11. März 1895. Bei der Bettruhe hat der Blutgehalt des Urin erheblich abgenommen; er enthält dagegen reichlich Rundzellen. Schmerzanfälle sind nicht aufgetreten.

18. März 1895. Der Patient befindet sich wohl; Blut fehlt fast ganz im Urin. Der Eitergehalt ist auch gering; ihm entspricht die Albuminurie. Cylinder sind nicht zu finden. Der Patient darf aufstehen.

25. März 1895. Der Patient ist frei von Beschwerden geblieben und fühlt sich subjectiv wohl bei gutem Appetit. Im Urin geringes Rundzellensediment und vereinzelte rote Blutkörperchen.

30. März 1895. Der Patient wird auf Wunsch bei gutem Befinden nach Hause entlassen.

Er kam mit einem Gewicht von 164 Pfund und wurde mit einem solchen von $172\,^1/_2$ Pfund entlassen. Während des Aufent-

haltes in der Klinik hatte Patient nie Fieber, der Appetit und der Schlaf waren gut.

2. Krankengeschichte: Büttner, Karl, 43 Jahre alt, aus Andreasberg am Harz, Brauer. Aufgenommen am 24. Mai 1897, gestorben am 20. Juni 1897.

Anamnese. Familienverhältnisse siehe Krankengeschichte 1. Nach der Entlassung des Patienten aus der Klinik im März 1895 stellten sich bald die früheren Beschwerden wieder ein. Das Urinlassen war sehr häufig (16 mal am Tage) und schmerzhaft. Es fand sich reichlich Blut im Urin, manchmal auch geronnene Stücke. Im Stuhlgang soll auch einmal Blut gewesen sein. Seit 14 Tagen hat der Patient Schmerzen im Unterleib, der Stuhlgang ist hart; während desselben stechende Schmerzen im After Der Appetit ist seit 8 Tagen schlecht. In den letzten 14 Tagen hat der Patient 10 Pfund abgenommen. Seit 3 Jahren hat der Patient kein Bier mehr getrunken.

Status praesens bei der klinischen Vorstellung am 2. Juni 1897. Der Patient hat blasse Gesichtsfarbe und einen leidenden Ausdruck. Der panniculus adiposus ist ziemlich gut, die Musculatur gut entwickelt. Die Zunge ist feucht, etwas geschwollen, leicht grau belegt. Am Halse sind keine Drüsen fühlbar. Schlängelung der Arteria temporalis, ebenso der Arteria radialis. Der Puls ist mässig gefüllt, gut gespannt und regelmässig, 80 in der Minute. Respiration 20. Auf der linken Seite des Thorax zahlreiche Schröpfkopfnarben. Der Leib ist aufgetrieben, die Bauchdecken haben einen reichlichen panniculus adiposus. Mehrere Einrisse in das rete Malpighi. Der Leib ist im Ganzen weich. Man fühlt in der Blasengegend etwas links von der Mittellinie, etwa 3 Querfinger oberhalb der Symphyse eine deutliche, unebene, sehr schmerzhafte Resistenz, die sich nach rechts bis in die Mitte zwischen Parasternal- und Mammillarlinie erstreckt. Auch hier besteht heftige Druckempfindlichkeit. Bei der Digitaluntersuchung per rectum fühlt man an der vorderen Rectumwand einen runden, derben, etwa apfelsinengrossen, sehr schmerzhaften Tumor, der oben einige Unebenheiten zeigt, und über dem die Schleimhaut scheinbar intact hinweggeht. Der Tumor ist mit dem Finger nicht ganz zu umfassen. Er stenosiert das Rectum fast vollständig. Am Anus findet sich ausser einigen kleinen

Hämorrhoidalknötchen nichts Abnormes. Der linke Scrotalsack ist grösser als der rechte. Er hat einen weichen, abnormen Inhalt, der sich leicht in die offene Bauchfalte zurückschieben lässt. Ebenso befindet sich rechts ein Leistenbruch. Beim Husten tritt etwas Schwellung ein. Der Testis selbst ist nicht vergrössert, von normaler Consistenz und auf Druck nicht empfindlich. Die Inguinaldrüsen sind nicht fühlbar. Am Penis und Perineum nichts Besonderes. — Beim Katheterisieren kommt man mit dem Metallkatheter nur bis zum Sphincter vesicae, während es nach einigen vergeblichen Versuchen gelingt, einen dünnen, weichen Katheter bis in die Harnblase einzuführen. Es entleert sich jedoch nur auffallend wenig Urin, kaum mehr als einige Tropfen.

Der Urin ist fleischwasserfarbig, hat ein ziemlich reichliches, eiteriges Sediment, in welchem bisher irgend welche Tumorzellen oder Partikelchen nicht gefunden wurden. Er geht ziemlich klar durch das Filter, hat viel Albumen, keinen schlechten Geruch und reagiert sauer. Mit Fehling'scher Lösung gekocht, sieht er grün, aber klar und durchsichtig aus. Der Urin wird sehr häufig entleert und zwar seit einem Vierteljahr alle $^1/_2$ — $^3/_4$ Stunden, wenn er auch manchmal bis zu einer Stunde zurückgehalten werden kann. Nach dem Urinlassen hat der Patient jedoch nicht vollkommene Euphorie. Die Menge des täglich entleerten Urins beträgt 3000 — 3500 ccm, das spec. Gewicht 1010 — 1012 $^1/_2$. Körpergewicht des Patienten 166 Pfund.

Diagnose: Tumor prostatae, eventuell Carcinoma. Beteiligung der Vesica urinaria.

Therapie: symptomatisch.

Verlauf der Krankheit: 13. Juni 1897. Der Zustand des Patienten hat sich sehr verschlechtert. Die Blase ist häufig stark gefüllt. Der Patient musste zweimal katheterisiert werden, wobei sich nur spärlicher, blutiger Urin entleerte. Sonst läuft der Urin fortwährend unter heftigen Schmerzen und beständigem Drange unwillkürlich ab, ist stark blut- und eiterhaltig. Irgend welche Geschwulstpartikelchen konnten bisher nicht gefunden werden. In letzter Zeit wurde wenig Urin entleert, am heutigen Tage etwa 1250 ccm. Man kommt nur schwer mit einem weichen Katheter in die Blase. Der Stuhlgang ist angehalten, erfolgt aber auf Oelklysmen unter geringen Schmerzen. Der Tumor hat sich noch etwas vergrössert; auch ober-

halb der Symphyse ist constant eine deutliche, schmerzhafte Verhärtung fühlbar. Der Appetit ist sehr schlecht, der Patient hat häufiges Erbrechen und dann und wann Singultus.

15. Juni 1897. Der Zustand des Patienten hat sich weiter verschlechtert. Er ist zeitweise unklar. Der Singultus hat zugenommen. ebenso das Erbrechen, in dem Salzsäure nachgewiesen wird. Der Urin, stark bluthaltig, läuft unter Schmerzen ununterbrochen ab. Die Herzthätigkeit ist eine schlechte, der Radialpuls nicht zu fühlen. Am Herzen gezählt beträgt die Anzahl der Contractionen 140 in der Minute, die Respirationsfrequenz 20. Der Patient bekommt Kampher.

18. Juni 1897. Der Collaps hat weiter zugenommen. Der Patient ist völlig unklar, erkennt aber noch seine Frau. Das Erbrechen hat etwas nachgelassen, die Nahrungsaufnahme ist gleich Null (etwas Eierbier). Die Pulsfrequenz beträgt zeitweise 160 Schläge in der Minute, die Respirationsfrequenz ist auch etwas erhöht. Der vordere Teil der Glans, das Innenblatt des angeschwollenen Praeputium, der untere Teil des Penis, der vordere Teil des Scrotum sind von dem stets daran heruntersickernden Urin ulceriert, ad anum und in der rechten Inguinalfalte besteht eine Intertrigo.

20. Juni 1897. Nachmittags 1 Uhr exitus letalis unter urämischen Erscheinungen.

Protokoll der am 21. Juni 1897 von Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Orth gemachten Section.

Kräftiger Mann. Phimose des Praeputium. Sowohl die Schleimhaut des Praeputium selbst wie die Eichel in Umgebung der Mündung der Harnröhre und am Frenulum zeigt geschwürige Veränderungen. Der Grund und die Ränder der Geschwüre sind grau gefärbt und sandig anzufühlen. Auf der Haut des Präputium an der unteren Seite befinden sich ebenfalls Geschwüre. Sie sind zum Teil mit Borken bedeckt. Nach der Wurzel des Penis zu werden diese Geschwüre flacher, greifen aber auch in Form von Erosionen und rhagadenartigen Veränderungen auf die Haut des Scrotum über. Die linke Hälfte des Scrotum ist viel dicker als die rechte. Der linke Hoden fühlt sich dicker an als der rechte, und oberhalb desselben zeigen sich weiche, in die Bauchhöhle zurückschiebbare Massen. Der Bauch ist nicht besonders aufgetrieben, der panniculus adiposus dick. Schon durch den Hautschnitt werden links von der Blase harte, aber

auf Durchschnitt teilweise gallertig aussehende, glatte Knoten im Omentum gefunden, das hier mit der Bauchwand fest verwachsen ist. Die knotigen Massen haben eine Länge von $3^1/_2$, eine Breite von $2^1/_2$ und eine Dicke von circa 1 cm. Es findet sich rechts eine Leistenbruchtasche, in der ein Stück Netz lose liegt; links lateral von den erwähnten Knoten ist eine tiefer ins Scrotum reichende Tasche, in der ein Zipfel des Netzes fest angewachsen ist. Mit dem Netz und den erwähnten Knoten hängen auch Apendices epipl. der Flexura sigmoïdea zusammen. Nach Hochheben des Netzes zeigt sich der grösste Teil der Dünndarmschlingen collabiert, das Coecum und Colon ascendens dagegen stark ausgedehnt. Der Processus vermiformis, von weissgrauer Farbe, dünn, liegt frei am Beckeneingang mit der Spitze medianwärts gerichtet. Sowohl am parietalen als am visceralen Peritoneum sieht man viele schiefrige feine Fleckchen ungleichmässig zerstreut. Während die Inguinal- und Iliacaldrüsen der rechten Seite, besonders erstere, nur eine geringe Grösse besitzen, zeigen sich links um die grossen Iliacalgefässe herum bis taubeneigrosse Knoten, die auf dem Durchschnitt aus weicher, markiger Geschwulstmasse bestehen. Aus dem Becken heraus wölbt sich ein gut faustgrosser Tumor, der den Mastdarm gegen das Os sacrum andrängt. Rei Herausnahme der Beckenorgane zeigt sich der linke Ureter sehr weit, und es ergiesst sich beim Durchschneiden sofort helle Flüssigkeit. Ähnlich sind die Verhältnisse rechts. Es zeigt sich ferner, dass auch die retroperitonealen Lymphdrüsen vergrössert sind. Die Beckeneingeweide erweisen sich als ganz starr und unbeweglich, besonders in ihren vorderen Abschnitten. Bei dem Abschneiden von der Urethra aus nach Herausnahme zeigt sich eine Anzahl zackiger, kleiner Concremente. Der Canal läuft ganz nach hinten, so dass eine enorme Verdickung der vorderen Blasenwand vorhanden ist. Die Höhle der Blase erreicht kaum die Grösse einer Citrone, es findet sich in derselben circa 20 ccm trübe, graublutige Flüssigkeit. Besonders in der Tiefe sitzen reine Blutgerinnsel. Im Mastdarm ist etwas graue, schleimige Masse auf der gleichfalls graugefärbten, sonst keine Besonderheiten aufweisenden Schleimhaut. Auf einem sagittalen, totalen Durchschnitt der Beckenorgane sieht man den hinteren Teil der Prostata noch einigermassen normal erhalten, dagegen ist der vordere, vor der Blase liegende Teil nicht mehr zu erkennen. An seiner Stelle befindet sich eine Geschwulstmasse, die

gegen die Mündung der Urethra über 3 cm Dicke besitzt und sich bis zum Scheitel der Blase erstreckt, wo sie bis 4 cm dick ist. Am dicksten ist sie am Trigonum, wo man einen polypösen, an der Oberfläche stark incrustierten Körper, der auf dem Durchschnitt sehr weich, trüb, offenbar necrotisch erscheint, in das Lumen der Blase vorragen sieht. In der Umgebung dieser Stelle ist in der Ausdehnung von etwa der Grösse eines Zweimarkstückes die Schleimhaut unregelmässig höckerig, gelblich-grau, ebenfalls incrustiert, der übrige Teil der Schleimhaut stark oedematös aufgequollen, gewulstet und auf dem Durchschnitt grau gallertig. Zahlreiche varicöse Venenverzweigungen sieht man an der Oberfläche derselben hervortreten. Wenn auch die stärste Verdickung am vorderen Rand der Blase ist, so zeigt doch auch die hintere eine solche und zwar gleich oberhalb der Prostata beginnend und 4 cm dick, wo man in den äusseren Abschnitten die Samenblasen ganz in die Geschwulstmasse eingelagert erkennt. Ihre Schleimhaut ist aber an dem vorliegenden Teil und, soweit sie leicht aufschneidbar, vollkommen unbeteiligt. Diese Verdickung an der hinteren Wand erstreckt sich bis etwas über das Trigonum hinaus, und es gelingt nicht, ohne weiteres mit der Sonde durch die Ureteren hindurch zu kommen. Nach dem Aufschneiden sieht man bei beiden stark geschlängelten Verlauf. An dem rechten Ureter sind viele flache Geschwulstknoten an der Schleimhaut selbst. Er mündet innerhalb der verdickten Stelle der Blasenwand, der linke dagegen oberhalb. Die Verdickung hört, soweit sie durch Geschwulst bedingt ist, zwar an der Schleimhaut ziemlich plötzlich auf, es ziehen sich aber subserös an der ganzen Rückseite der Blase noch Geschwulstmassen hin. Ausserdem erscheint die Musculatur bis auf fast 1 cm verdickt. Zwischen den einzelnen, gräulich erscheinenden Muskelbündeln treten deutlich undurchsichtige, weisse Streifen hervor. An der linken Nebenniere ist sehr starke Verfettung der Rinde. Die Kapsel der Niere selbst ist sehr fettreich, leicht abziehbar. Die Niere ist etwas gross, an der Oberfläche bunt, abwechselnd blasse und violett gefärbte Partieen aufweisend. Die Oberfläche ist sonst im allgemeinen glatt. Das Nierenbecken ist deutlich erweitert, die Schleimhaut desselben mit Blutungen durchsetzt. Ähnliche Verhältnisse zeigt die rechte Niere.

Makroskopischer und mikroskopischer Befund: Carcinom der Prostata, übergreifend auf die hintere und vordere

Wand der Blase. Diphtherische Veränderungen der Blasenschleimhaut. Compression der Ureteren. Leichte beiderseitige Hydronephrose. Metastasen in den Lymphdrüsen des kleinen Beckens. Beiderseitige inguinale Netzbrüche. Concrementbildungen in der eczematösen Haut der Glans und des Praeputium.

Bevor ich auf die nähere Besprechung dieses Falles eingehe, will ich demselben zunächst noch einen zweiten Fall aus der Göttinger Med. Klinik anschliessen. Diesem folgt dann noch eine Reihe von Beobachtungen aus der in- und ausländischen Litteratur der letzten Jahrzehnte, deren Besprechung ich mit derjenigen unseres Falles vereinigen will.

II. Fall. Göttinger med. Klinik.

H. U. 60jähriger Mann, Gärtner, aufgenommen am 14. April 1896, gestorben am 18. April 1896.

Anamnese: Patient hatte vor 40 Jahren Gonorrhoë, später 4 mal Lungenentzündung, will sonst aber immer gesund gewesen sein. Seit $^3/_4$ Jahr leidet Patient an Urinverhaltung. Bis zum Oktober vorigen Jahres wurde er in der chirurg. Klinik öfters katheterisiert. Das Urinlassen ist dann möglich gewesen bis etwa vor 14 Tagen. Seit dieser Zeit besteht wieder eine sehr starke Urinverhaltung, und der Patient kann spontan nur eine sehr geringe Menge Urin entleeren. Nach dem Urinlassen sollen angeblich starke Schmerzen in der Blasengegend bestehen. In der letzten Zeit klagt der Patient über viel Durst, wenig Appetit, Zittern in allen Gliedern und Abnahme der Körperkräfte.

Status praesens am 16. April 1896: Die Ernährung des Patienten ist untermittelmässig, er kann sich nur mit Mühe aufrichten. An den Knöcheln befindet sich ein geringes Oedem. Geringer Tremor der Hände. Der Patient musste bis heute zweimal katheterisiert werden. Dabei bemerkt man, dass der Katheter in der Dammgegend auf einen Widerstand stösst, welcher sich jedoch ziemlich leicht überwinden lässt. Der zuerst spontan in der Klinik entleerte Urin enthielt reichlich Albumen. Nach dem Katheterisieren, welches nicht schmerzhaft ist, blutet es etwas aus der Urethra. Der Urin ist trübe, blutig, von geringer Menge und frei von Zucker. Es finden sich in demselben hyaline Cylinder mit Fett und Rundzellen. Am Abend

des 15. April bekam der Patient plötzlich einen Anfall von Atemnot, Praecordialangst, kalte Extremitäten, Schweiss auf der Stirn und kleinen, fliegenden Puls. Derselbe, an der geschlängelten, rigiden Radialarterie gemessen, beträgt 144 Schläge in der Minute, die Respirationsfrequenz 44. Eine subcutane Morphiuminjection brachte nach einer halben Stunde erhebliche Linderung. Ein gleicher Anfall wiederholte sich heute Morgen um 4 Uhr, der wiederum durch Morphium abgekürzt wurde. — Der Fundus der Blase steht etwa 3 Querfinger breit unterhalb des Nabels und ist derb anzufühlen. Der linke Nebenhoden ist etwas verdickt. Bei der Digitaluntersuchung per rectum fühlt man einen apfelgrossen Tumor an der vorderen Wand, der sich von den Darmbeinwänden abgrenzen lässt, sich derb anfühlt und aus einem mittleren und zwei seitlichen Lappen besteht. Sonst ist nichts Abnormes im Leibe durchzufühlen.

Diagnose: Hypertrophie der Prostata, Balkenblase, Cystitis, Nephritis.

Therapie: Kampher, Wein, Katheterismus.

Verlauf: Exitus letalis am 18. April $^1/_2$ 7 Uhr morgens plötzlich.

Protokoll der von Herrn Dr. Aschoff vorgenommenen Section. Die kleinkinderkopfgrosse Blase füllt das kleine Becken völlig aus und ragt 4 Finger breit über die Symphyse hervor. Der linke Ureter ist bis auf Kleinfingerdicke geschwollen. Die linke Niere ist sehr beweglich. Aus der prall gefüllten Harnblase entleert sich zunächst fast klarer, in den unteren Schichten dagegen leicht flockiger Urin von stark saurer Beschaffenheit. Bei der Herausnahme der linken Niere reisst der Ureter ein, und es entleert sich eine ganz klare Flüssigkeit. Die Blasenschleimhaut ist ausserordentlich stark balkig verdickt und fast diffus hämorrhagisch gefärbt. Am Fundus der Blase erhebt sich eine knollige, flache, circa ein Markstück grosse Geschwulst von sehr derber Consistenz und mehr gelblicher Farbe. Dieselbe begrenzt von hinten das Orificium internum. Nach vorne finden sich noch einzelne kleinere, mehr graue Höcker. Die Geschwulst erstreckt sich bis zu den Einmündungsstellen der Ureteren, welche durch die Geschwulst leicht in die Höhe gehoben sind. Die Ureteren sowie die Urethra sind leicht zu sondieren. Die starke Verhärtung erstreckt sich auch in die Pars prostatica urethrae hinein. Die Prostata ist vergrössert, sehr derb und auf der Schnittfläche von einer gleichmässigen, sehr feinkörnigen Beschaffenheit. Die linke

Niere zeigt an der einen Hälfte eine tiefe, narbige Einziehung, in welcher das Bindegewebe sehr stark verschmälert ist. Das Nierenbecken ist stark erweitert, das Nierengewebe selbst derb und dunkelrot. In der rechten Niere finden sich ähnliche Verhältnisse. Im Rectum bietet die Schleimhaut nichts Besonderes. Die Samenblasen zeigen sehr stark verdickte Wände, aber keine sichere carcinomatöse Entartung. Von Lymphknoten in der Inguinalgegend ist nichts zu fühlen. In den untersuchten Teilen des Dünndarms ist nichts Abnormes.

Befund: Carcinoma Prostatae. Balkenblase. Chronische Cystitis. Dilatation der Ureteren. Hydronephrose. Alte Infarcte der Nieren.

III. Fall.

Dr. O. Wyss teilt in Virchow's Archiv[2]) einen Fall aus der Breslauer Klinik mit, den ich hier mit Kürzung einiger für unsere Besprechung unwichtigen Angaben anführen will:

Anamnese: Der Patient, ein 57jähriger Töpfergeselle, wurde am 20. Septbr. 1863 in die Klinik aufgenommen. Der Kranke will vor 18 Jahren 9 Monate lang Wassersucht an den Unterextremitäten und am Leib gehabt und vor 2 Jahren eine Lungenentzündung überstanden haben, sonst aber immer ganz gesund gewesen sein. Ende October 1862 bekam er Schmerzen beim Harnlassen, sowie Schmerzen im rechten Bein. Dies blieb unverändert den ganzen Winter über; dann schwoll das rechte Bein so stark an, dass Patient nicht mehr gehen konnte, weshalb er vor Ostern 1863 ins Hospital eintrat, wo er auf der äusseren Secundarabteilung lag und 4 Wochen später gebessert entlassen wurde. Im Laufe des Sommers wiederholte sich die Anschwellung des rechten Beines mehrere Male; gleichzeitig wurden die Schmerzen beim Harnlassen heftiger; es stellte sich während des Harnlassens ein schneidender Schmerz in der Eichel ein. Im letzten Teile des Sommers, besonders seit Mitte September, musste der Kranke sehr oft, aber immer nur sehr wenig Urin lassen. Der Stuhlgang wurde schwierig; die Esslust war immer ungestört geblieben. Seit Pfingsten fühlte der Patient in beiden Leistengegenden harte, schmerzhafte Knoten, ausserdem litt er an Hernien, derentwegen er auch ein Bruchband trug. Im Laufe des Sommers ist er angeblich etwas magerer geworden.

Status: Bei der Aufnahme zeigte Patient eine oedematöse Anschwellung und erhebliche Schmerzhaftigkeit des rechten Beines,

welches bei ruhiger Lage im Bett sich rasch verlor. Ausserdem klagte er über die schon erwähnten Beschwerden beim Harnlassen, Trägheit des Stuhles und Schmerzen beim Stuhlgang. Von einer Pneumonie, die er im Spitale Ende September bekam, erholte er sich sehr langsam, jedoch ziemlich vollständig. Später trat wieder Anschwellung des rechten Beines ein, verbunden mit grösserer Schmerzhaftigkeit desselben. Am 21. October wurde folgender status praesens aufgenommen: Gut gebautes, aber abgemagertes Individuum; kühle, blasse Haut; kleiner, nicht beschleunigter Puls. Patient hustet viel, wirft schleimig-eitrige Massen aus, sein Appetit liegt ziemlich darnieder, der Stuhl ist retardiert. Lungen- und Herzbefund ist normal. Das Abdomen ist besonders in den unteren Partieen etwas vorgewölbt. Man sieht durch die Bauchdecken hindurch die Conturen der Blase, welche als rundlicher, fester Tumor bis zum Nabel reicht und auch durch Palpation in ihrem Umfang bestimmt werden kann. Der Druck auf diese Gegend ist schmerzhaft. Auf beiden Seiten bestehen kleine Leistenhernien, rechts etwas grössere als links. In der rechten Leistenbeuge findet sich ein Packet von harten, miteinander fest verwachsenen, auf Druck schmerzhaften Leistendrüsen; linkerseits fühlt man nur einzelne vergrösserte, harte Drüsen. Das rechte Bein ist im ganzen etwas ödematös; von etwa der Mitte des Oberschenkels an bis in die Leistenbeuge lässt sich ein schmerzhafter, den Gefässen folgender harter Strang durchfühlen; das rechte Bein, sowie das Kniegelenk, an dem sonst nichts pathologisches bemerkbar ist, ist auf leisen Druck empfindlich schmerzhaft. Auch die Gegend des Trochanter major rechterseits ist teigig ödematös infiltriert und schmerzhaft. Die Beine sind aber ganz gut beweglich und functionsfähig. — Der Urin wird oft, aber immer nur in ganz geringen Quantitäten auf einmal entleert, bei fast immer bestehendem Harndrang. Beim Lassen der wenigen Ccm. hat der Patient die heftigsten Schmerzen in der Tiefe des Unterleibs, sowie in der Eichel, so dass von ihm oft der allerdings ebenfalls sehr schmerzhafte Katheterismus gewünscht wird, nur um einige Stunden Ruhe zu haben. Der Katheterismus gelingt erst bei Anwendung eines ganz dünnen (4 mm dicken) silbernen Katheters; mit dem dickeren stösst man unmittelbar vor dem Eingang in den Blasenhals auf ein unüberwindliches Hinderniss. Bei Anwendung des dünnen Katheters kann man dies umgehen, wenn man die Spitze des Instruments am

Hindernisse ein wenig nach links dreht. Das Einführen des Katheters ist dem Kranken sehr schmerzhaft. Bei der Untersuchung per rectum fühlt man die Prostata als einen nach dem Rectum hin vorspringenden, halbkugeligen, nach unten und oben leicht abgrenzbaren glatten, circa hühnereigrossen Tumor von sehr derber Beschaffenheit. — Blut war nie mit dem Stuhl und Urin abgegangen. Der durch den Katheter entleerte Urin sowie auch spontan gelassener, ist von klarer Beschaffenheit, blassgelber Farbe und geringem specifischen Gewicht (1005). Die Menge des Urins beträgt in 24 Stunden 2500—3000 ccm.; er ist eiweissfrei, von saurer Reaction.

Dieser Zustand blieb lange Zeit im ganzen und grossen derselbe. Ich will bloss hervorheben, dass der Kranke im Laufe der Monate November und December häufig fieberte, die Esslust immer gleich blieb, der Kranke allmählich abmagerte, der Urin, obwohl immer häufig und auch in grosser Menge gelassen, alle zwei Tage durchschnittlich einmal durch den Katheter entleert wurde, weil die Blase nach dieser Zeit immer wieder sich gefüllt zeigte, der Stuhl durch eröffnende Mittel reguliert werden musste. Bis Mitte December blieb der Harn sauer, nachher aber besass er schon gleich nach der Entleerung mit dem Katheter eine alkalische Reaction, stinkenden Geruch und zeigte ein zähes, fadenziehendes Sediment, in welchem das Mikroskop Eiterzellen und zahlreiche Tripelphosphatkrystalle zeigte; im Harn aufgelöst eine Spur Eiweiss. Die Blase war weniger gefüllt als früher und nicht mehr im Hypogastrium durchzufühlen. Die Oedeme der Beine verschwanden, nur die ausstrahlenden Schmerzen, besonders im rechten Bein, bestanden fort.

Im Januar 1864 änderte sich dieser Zustand nur insofern, als der Kranke jetzt mehr beständige heftige Schmerzen in der Tiefe des Beckens verspürte, welche sich beim Urinieren zum Unerträglichen steigerten. Er kam immer mehr herunter, die Drüsenpackete in den Leistengegenden vergrösserten sich und wurden in gleichem Maasse schmerzhafter, der Bronchialkatarrh und das abendliche Fieber waren beständig. Der Stuhl wurde durch eine Flasche Wildunger Wasser täglich geregelt, auf die Nacht Opium, wenn nötig, Katheterismus. Ende Januar wurde das Allgemeinbefinden wieder etwas erträglicher, und der Appetit hob sich wieder etwas. Die Besserung hielt jedoch nicht an. Im Februar wurden zur Stillung der heftigen Schmerzen mitunter kleine Klystiere mit 15 Tropfen Opiumtinctur mit Erfolg

gegeben. Der Schlaf wurde schlecht, die Schmerzen im Bein trotz Einreibung mit Chloroformliniment sehr heftig. Anfang März nahm der Husten wieder sehr überhand; die Kurzatmigkeit mehrte sich; abends immer heftiges Fieber, morgens Remission. Die Percussion ergab rechts unten Dämpfung, rechts oben in der fossa supraspinata Bronchialatmen; über die ganze übrige Lunge verbreitetes Knisterrasseln. Mitte März sank die Temperatur, abends sogar auf 35°, die Abmagerung und Schwäche gediehen aufs Höchste. Die Schmerzen und anderen Störungen blieben immerfort die nämlichen. Störungen der Bewegungen in den Beinen fanden nie statt. Endlich am 20. März trat unter höchster Erschöpfung nach langem, qualvollem Leiden der Tod ein.

Obduction 24 Stunden post mortem am 21. März 1864: Körper auf das äusserste abgemagert, das Skelett wird fast buchstäblich nur noch von der Haut überzogen; nirgends Oedeme. Die Lymphdrüsen der Inguinalgegend als harte, rundliche Packete sicht- und fühlbar. Bauchhöhle: Nieren normal gross, Kapsel leicht abziehbar; Oberfläche glatt, blass, ebenso Schnittfläche. Das Gewebe ist blutarm, besonders in der Rinde, stellenweise in letzterer weisse homogene Einlagerungen. Die Schleimhaut des Darms blass, im mittleren Teil des Dünndarms einige zerstreute 3—4 mm grosse Geschwürchen mit gewulsteten Rändern. Während der Dünndarm und das Colon wenig Faeces enthalten, ist das Rectum sehr stark mit weichen Faecalmaterien angefüllt. Die Blase ist wenig ausgedehnt, enthält sehr trüben, eiterhaltigen Urin. Ihre Musculatur ist hypertrophisch (vessie à colonnes), ihre Schleimhaut grünlich grau, mit rotbraunen Flecken auf den Falten. Im unteren Teile der Blase befinden sich, auch auf einzelnen Falten der Schleimhaut zerstreute im ganzen etwas mehr als $^1/_2$ Dutzend weisse, rundliche, glatte, hervorragende Knötchen; das kleinste derselben ist 1 mm gross, das grösste 10 mm, und letzteres überragt die Schleimhaut um circa 5 mm. Ihre Beschaffenheit ist weich, ihre Schnittfläche weiss, mit milchigem Saft bedeckt. Aus dem Trigonum Lieutandii drängt sich eine aus weissen, rundlichen 2—8 mm im Durchmesser habenden Knötchen bestehende, blumenkohlähnliche Masse hervor, deren Durchmesser von vorn nach hinten 2 cm, von rechts nach links 3 cm beträgt. Diese Masse verdeckt den Eintritt der Harnröhre in die Blase vollständig, so dass es nicht möglich ist, aus der Blase in die Harn-

röhre zu gelangen. Die Prostata ist namentlich in ihrem rechten Lappen bedeutend vergrössert, die Höhe des rechten Lappens beträgt 4 cm, die Breite $2^1/_2$ cm, die Dicke ebenfalls 4 cm. Von diesem vergrösserten Lappen der Prostata gehen die auf die Blasenschleimhaut hinüberreichenden und in die Blase hineinragenden blumenkohlähnlichen Massen aus. Zugleich verdrängt der vergrösserte rechte Lappen der Drüse die Harnröhre bei ihrem Eintritt in die Blase nach links und verlegt ihre Eintrittsöffnung. Die Schnittfläche des rechten Lappens der Prostata ist glatt, weiss mit rahmähnlichem Saft bedeckt, besitzt ein markiges Aussehen. Die Consistenz dieses Lappens ist derb und fest in der Mitte, nach der Blase hin weicher. Der linke Lappen der Prostata ist nicht vergrössert, von normaler Beschaffenheit. Die Samenbläschen sind vollständig normal. Die Lymphdrüsen in der Umgebung der Prostata, sowie die Retroperitonealdrüsen und die Leistendrüsen beiderseits sind in grosse weisse, weiche Tumoren verwandelt, von deren Schnittfläche sich ein rahmartiger Saft abstreifen lässt. Die rechte Vena cruralis ist durch einen Thrombus verschlossen.

Ein weiterer Fall, den Dr. O. Wyss mitteilt, stammt aus der Züricher Klinik.

IV. Fall.

Anamnese: J. R. 69jähriger Bauer, war bis zum 8. Jahre ganz gesund. In diesem Jahre hatte er zum ersten Male „Gallenfieber“ (Kopfschmerz, Durst, Erbrechen, gelbe Hautfarbe). Er giebt an, dass sowohl sein Vater als auch seine Mutter an Gallenfieber gestorben seien und mehrere seiner Geschwister mehrmals daran erkrankt seien. Er selbst bekam bis zum 15. Jahre mehrere Recidive. In diesem Alter bekam er die Masern, welche rasch vorübergingen; später traten noch mehrere Gallenfieberanfälle ein; auch litt Patient von Zeit zu Zeit an Rheumatismus. Etwa im 36. Jahre überstand er eine 7 Wochen dauernde Lungenentzündung; zwei Jahre später wiederholte sich diese, jedoch in milderer Weise. Dann wurde Patient gesund und blieb es (ausgenommen ein Trauma am linken Fuss infolge von Axthieb) bis zum 65. Lebensjahre, zu welcher Zeit sich die Erscheinungen eines neuen Leidens einstellten. Im 36. Jahre verheiratete er sich, wurde Vater von 4 Kindern, von denen zwei starben (an

Epilepsie und Gehirnentzündung). Der Verlauf der jetzigen Krankheit war ein langsamer, aber progressiver. Das Leiden trat allmählich auf, so dass der Kranke den Beginn desselben nicht genau bestimmen kann, er datiert es auf 4 Jahre zurück. Das Symptom, das zuerst seine Aufmerksamkeit auf sich zog, waren brennende Schmerzen, welche er im Verlaufe der Harnröhre und namentlich in der Glans penis beim Harnlassen verspürte; dabei ging der Urin anfangs noch im Strahle und in normaler Menge ab. Indessen änderte sich allmählich sowohl der Strom als auch die jedesmal gelassene Menge. Der Strom wurde immer schwächer und ging zuletzt fast senkrecht. Die Menge des Harns verminderte sich, und in den letzten Monaten ging er nur tropfenweise ab. Dafür steigerte sich das Bedürfnis zu urinieren beständig, so dass Patient öfters in der Nacht aufstehen musste und zuletzt sich genötigt sah, ein Gefäss mit ins Bett zu nehmen, welches den Harn auffangen sollte. Schon das blosse Drängen beim Urinieren sowie die Defäcation verursachten dem Patienten bedeutende Schmerzen in der unteren Beckengegend; es bestand ausserdem schon längere Zeit Stuhlverstopfung. Diese in fortwährender Zunahme begriffenen Erscheinungen äusserten auf das Allgemeinbefinden des Kranken einen nachteiligen Einfluss; besonders litt die Verdauung Not. Der Kranke verlor seinen Appetit immer mehr und mehr, so dass er in den letzten 14 Tagen fast nichts mehr genoss; einmal trat auch Erbrechen ein. Der Stuhlgang wurde immer seltener. Übelkeit, Singultus, Brechreiz, allgemeine Unruhen stellten sich ein; es gesellte sich allgemeine Schwäche, Abmagerung und Niedergeschlagenheit hinzu. — Ursächliche Momente seines Leidens weiss der Kranke keine anzugeben; Tripper hatte er nie gehabt. Ausserhalb des Spitals war er meist mit Laxantien behandelt worden.

Status praesens vom 16. Juni 1856: Der Kranke ist ein heruntergekommenes, abgemagertes Individuum mit ängstlichem Blick, blassem, abgemagertem, eingefallenem Gesicht Pulsfrequenz 100 in der Minute, Respiration nicht beschleunigt. — Das ganze Abdomen ist aufgetrieben, überall auf Druck empfindlich, besonders über der Flexura sigmoidea. Der Stuhl ist schmerzhaft, retardiert. Appetit fehlt gänzlich, die Zunge ist belegt.

Die Percussion der Blase zeigt Dämpfung bis etwa 3 Querfinger breit unterhalb des Nabels, die Percussion ist dem Kranken schmerzhaft; die Harnröhre ist ihrer ganzen Länge nach schmerzhaft,

am meisten aber in ihrer Wurzel. Bei der Untersuchung durch das rectum fühlt man nach vorn in der Gegend der Prostata eine starke Anschwellung mit ziemlich glatter Oberfläche; ihre hintere Grenze ist nicht zu erreichen, die Untersuchung ist dem Kranken schmerzhaft. Äusserlich ist an den Geschlechtsorganen nichts Abnormes wahrzunehmen. Der Harn ist von etwas trübem Aussehen, reagiert sauer und enthält kein Eiweiss. In den zwei ersten Tagen seines Aufenthaltes im Spitale konnte der Kranke den Harn noch einigermassen zurückhalten, seit gestern aber träufelt lezterer beständig ab. Gestern Abend wurde der Patient katheterisiert. Beim Einführen des Katheters stiess man auf kein Hindernis, aber der Act selbst verursachte grosse Schmerzen; es wurden etwa 30 Unzen Urin entleert. Der Kranke liegt meistenteils in soporösem Zustande da, aus welchem er bisweilen durch lebhafte Schmerzen im Unterleibe geweckt wird.

17. Juni. Puls 100. Soporöser Zustand dauert fort, Singultus, Zunge trocken, rissig. Durch den Katheter wurde gestern Abend nur wenig Harn entleert. Abends war das subjective Befinden etwas besser, der Puls 80. Der Sopor dauert an. Um 6 Uhr abends exitus letalis.

Section am 19. Juni 40 Stunden post mortem: Nach Herausnahme und Präparation der Beckenorgane ergiebt sich Folgendes: Das subperitoneale Bindegewebe um die Blase und den Mastdarm ist verdickt; die Blase selbst ist vergrössert, misst von der Spitze bis zur Mündung der Harnröhre 13 cm. Das Lumen beträgt in der grössten Ausdehnung der Blase 19 cm. Sämtliche Häute der Blase, besonders aber die Muscularis, sind verdickt, die Schleimhaut ist stellenweise injiciert. In das Trigonum Lieutaudii werden einige Schleimhautfalten durch die vergrösserte Prostata hineingedrängt. Die Dicke der Blasenwand beträgt 3 cm. Rectum zeigt nichts Abnormes. Um die Samenbläschen und die Prostata ist eine grosse Masse Bindegewebe gelagert, das diese Organe in eine kugelige Masse verwandelt. Auch in dem Raum zwischen beiden Samenbläschen und der hinteren Blasenwand findet sich ein kugeliger, derber Tumor. Die Vasa deferentia münden normal in die Samenbläschen ein und sind durchgängig; die letzteren sind vergrössert. Die Prostata und Samenbläschen sind so eng aneinanderliegend, dass sich keine bestimmte Grenze zwischen ihnen finden lässt. Der Umfang der durch die Prostata und Samenbläschen gebildeten Geschwulst

beträgt 16 cm. Die Pars prostatica der Harnröhre zeigt auf dem Durchschnitt des Convoluts keine Veränderung. Der hinter der Harnröhre gelegene Teil des Prostataparenchyms zeigt nichts Abnormes, der vor dieser liegende Teil fühlt sich etwas fluctuierend an. Auf dem Durchschnitt zeigt dieser Teil ein gelbliches, schwammiges Gewebe mit milchigem Saft infiltriert. Der Saft wird erst am Weingeistpräparate untersucht, lässt aber noch eine Menge Zellen erkennen, die zwar nicht mehr gut erhalten sind, aber doch sehr an Krebszellen erinnern. Dazwischen findet sich eine Menge Fetttröpfchen. Der übrige Teil der Prostata zeigt nur die normalen Epithelien. Die Ureteren sind in ihrem Lumen etwas vergrössert, zeigen aber sonst nichts Abnormes. In der Umgebung der Prostata finden sich verhärtete Lymphdrüsen, auf deren Durchschnitt ein milchiger Saft hervortritt, der deutliche Krebszellen enthält.

V. Fall.

C. Krebs, Kopenhagen, berichtet folgenden Fall:[3]) Der Kranke war ein 64 Jahre alter Mann, welcher im Jahre 1867 eine Lithotripsie überstanden hatte und nach zwölf Sitzungen von seinem recht ansehnlichen Blasensteine befreit worden war. Nachher war er mehr als 7 Jahre völlig gesund; dann fühlte er häufig Bedürfnis Wasser zu lassen und dabei einige Schwierigkeit, aber keine Schmerzen. Bei einer Untersuchung werden die Blase und Prostata vergrössert gefunden, aber Steine konnten nicht entdeckt werden. Nachdem der Kranke gelernt hatte, selbst die Blase zu entleeren und auf ein leichtes Regimen gesetzt war, fühlte er sich noch länger als ein Jahr recht wohl. Später aber wurde sein Zustand schlechter und die Einführung der Sonde wurde immer schwieriger und schmerzhafter. Im Januar 1877 stellte er sich Prof. Santesson vor. Die Prostata war vergrössert und die Einführung der Steinsonde ziemlich erschwert. Es wurde ein Stein nicht entdeckt, aber die Einführung von elastischen Kathetern wurde nach und nach leichter. Ende März kam eine Ischias hinzu, später fliegende Schmerzen in mehreren Teilen des Körpers. Der allgemeine Zustand verschlimmerte sich successive. Der Urin war sparsam, alkalisch, stark schleimgemischt, enthielt aber keine Nierenelemente oder andere fremde Körper, keine Spur von Blut. Der Kranke starb am 26. Mai, sehr marastisch. Die Probabilitätsdiagnose war cancröse Degeneration in der Blase und Prostata. Die

Section ergab folgendes: Die Blase wurde mit Prostata und Rectum zusammenhängend herausgenommen. Beim Aufschneiden der Blase präsentierte sich eine mächtige Geschwulstmasse, welche von der inneren Mündung der Harnröhre an den ganzen Blasenboden einnahm und sich in die Blase hinein schob, gleichsam einen Boden in derselben bildend. In der Umgebung dieser Geschwulstmasse fanden sich teils ausschliesslich in der Schleimhaut sitzende, teils in der Musculatur und unter dem Peritoneum gelegene grössere und kleinere Knoten. Dieser inneren Neubildung gegenüber fand sich eine äussere in der Fossa Douglasii gelegene, welche in mächtigen Lagen sich von der Prostata erstreckte und in die hintere Blasenwand und die Samenbläschen ausging; diese letzteren waren nur rudimentär vorhanden. Beide Neubildungen bildeten eine zusammenhängende Masse von 4 cm Dicke, welche aus einer inneren und äusseren Partie bestand, beide von einander getrennt durch die äusseren musculären Lagen der Blase, die einzige, welche von den verschiedenen Membranen der Blasenwand unterschieden werden konnte. Die Geschwulstbildung ging diffus in den oberen, hinteren Teil der Prostata und des Lobus intermedius derselben über. Die ganze Drüse sah aus als wäre sie ausgewachsen, um die Geschwulst zu bilden. Der vordere und innere, mehr musculäre Teil dieser Drüse war von der Degeneration frei. Der Durchschnitt der Geschwulst und des isolierten Sphincter zeigte dasselbe Aussehen, nämlich eine ebene, graugelbe, Fischmilch gleichende Schnittfläche, deren Consistenz halbfest war. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich überall die gewöhnliche Struktur eines Medullärcancers. Eine genauere Untersuchung zeigte, dass die Degeneration von dem oberen, hinteren Teil der Prostata ausgegangen ist und sich nachher von aussen nach innen ausgebreitet hat.

VI. Fall.

Sanley Boad's Fall betraf einen 59jährigen Groom, der mehrere Monate an Steinbeschwerden gelitten, auch spontan Concremente entleert hatte und schliesslich ins Spital kam. Dort entleerte er, während ein weicher Katheter leicht in die Blase gelangte, einen blutigen, ammoniakalischen Urin, welcher viel Phosphatniederschläge, einige Male auch nekrotische Gewebsfetzen enthielt. In den ersten 18 Tagen ging es Patient leidlich, dann entwickelte sich eine acute Nephritis,

der Patient in circa einer Woche erlag. Die Obduction hatte sich auf Blase und Harnröhre zu beschränken und zeigte die erstere klein, nur wenig hypertrophisch, dagegen die Prostata samt den Samenbläschen stark vergrössert. Die Organe waren vollständig von einer gallertig-krebsigen Neubildung erfüllt, welche, im Innern der Prostata erweicht, eine Höhle bildete, aus der die mit dem Urin entleerten Gewebsfetzen stammten. Nach hinten war die Geschwulst auf die Blasenwandungen übergegangen und nahm zum Teil deren ganze Dicke ein. Der Harnleiter mündete jederseits in ein Geschwulstknötchen. Von aussen bot die Geschwulst eine unebene, mit stellenweisem Phosphatbelag besetzte Oberfläche, die gegen die gesunde Schleimhaut hervorragte und diese allenthalben überdeckte. Der mikroskopische Befund ergab ein Carcinom.

VII. Fall.

W. Actin, Scheffield [5]) teilt folgenden Fall mit: Ein 69 Jahre alter, bis dahin (1885) gesunder Mann bemerkte vor 6—7 Monaten ein Gefühl von Brennen beim Wasserlassen und zuweilen Blut im Urin. Er klagte über Schmerzen beim Urinieren am Perineum. Zuweilen gingen Blutcoagula ab. In der letzten Zeit zeigte der Patient starke Abmagerung. Eine Sondenuntersuchung und mikroskopische Untersuchung des Urins ergaben negative Resultate. Die Prostata fand sich bei der Digitaluntersuchung per Rectum vergrössert und empfindlich. Der Patient musste zu Bett liegen und wurde mit Adstringentien behandelt, bis eines Tages Urinretention eintrat. Der eingeführte Katheter entleerte nur wenige Tropfen. Dieselbe Verminderung der Urinmenge bleibt bis zum Tode des Patienten bestehen. Nie zeigten sich urämische Erscheinungen. Die Section ergab eine leere Blase mit verdickten Wänden ohne Divertikelbildung und Cystitis. Die Ureteren waren leicht erweitert, die Nieren gross und blass, sonst normal. Die Prostata war um das drei- bis vierfache vergrössert und ergab einen Skirrhus ohne Ulcerationen.

VIII. Fall.

W. Oswald [5]) beschreibt einen Fall von Prostatakrebs auf traumatischer Grundlage. Der Patient, ein 23jähriger robuster Mann, in dessen Familie keine Krebsleiden vorgekommen waren, hatte beim Beschlagen eines Pferdes einen Stoss auf den Bauch und einige Zeit

nachher noch zwei Stösse auf das Perineum, das eine Mal auf dieselbe Weise und das zweite Mal durch Stoss gegen eine Schaufel erlitten. Im Jahre 1880 waren Dysurie und geringe Beschwerden bei der Defäcation aufgetreten, welche, anfänglich unbeachtet gelassen, bis zum Juni 1882 zunahmen, zu welcher Zeit auch plötzlich ein starker Blutabfluss aus dem After stattfand. Als die Schmerzen wiederkamen und sich in der regio epigastrica und perinealis in gesteigertem Masse einstellten, suchte Patient im Juni 1882 Hülfe im St. Thomas-Hospital in London, wo man ein Carcinom der Prostata feststellte, ihn aber als unheilbar bald wieder entliess. Als Oswald Ende September 1882 die Behandlung des stark abgemagerten, die ausgeprägten Symptome der Krebskachexie darbietenden Patienten übernahm, war die Harnentleerung erschwert, die Stuhlentleerung fast unmöglich. Die manuelle Untersuchung per Rectum ergab einen grossen höckrigen, nicht fluctuierenden und bei der Berührung sehr schmerzhaften Tumor in der Gegend der Prostata, der so weit nach dem Os sacrum hinragte, dass zwischen ihm und der hinteren Wand des Mastdarms nur ein schmaler Durchgang war. Patient trat am 4. Oktober in das Charingcross-Hospital, wo Barwell, der Oswalds Diagnose bestätigte, um die Geschwulst von dem beständigen Reiz, den die Fäces auf sie ausübten, zu befreien und die Schmerzen zu mildern, die Colotomie machte. Nach Verheilung der Wunde erhielt Patient, da die Schmerzen nachgelassen hatten, auf Wunsch seine Entlassung, nach welcher er wieder in Oswalds Behandlung trat. Die Schmerzen kehrten bald in der heftigsten Weise zurück, der jauchige, mit Gewebstrümmern vermischte Ausfluss aus dem After, der bald nach der Operation eingetreten war, wurde immer reichlicher, 3 Krebsknoten entwickelten sich an verschiedenen Stellen, und am 17. Januar 1883 erfolgte der Tod an Erschöpfung.

IX. Fall.

Charles Whitney[6]) berichtet folgenden Fall: Der Patient, 58 Jahre alt, klagt erst seit 3 Monaten über Harnbeschwerden, als er mit einer haselnussgrossen, dem rechten Samenbläschen entsprechenden Geschwulst zur Behandlung kam. Wegen schneller Zunahme der namentlich in heftigen Schmerzen sich äussernden Beschwerden bei nur geringer Volumsvermehrung der Geschwulst unternahm man einige Wochen später einen Exstirpationsversuch,

der aber wegen vielfacher Adhäsionen unvollendet blieb. Ein exstirpiertes Tumorstück zeigte deutlich carcinomatöse Struktur, und man dachte schon jetzt an die Prostata als Ausgangspunkt. Indessen heilte die Operationswunde, um sich erst beim Weiterwachsen der Geschwulst wieder zu öffnen, so dass der Patient schliesslich allen Urin durch diese Dammfistel entleerte. Unter entsetzlichen Qualen erfolgte der Tod circa $1\,^1/_4$ Jahr nach der Operation. Die genaue Autopsie durch Prescott sowie die mikroskopische Untersuchung durch Councilman ergaben, dass die fast das Becken ausfüllende, über apfelsinengrosse, krebsige Neubildung thatsächlich von der Prostata herrührte, welche fast völlig in sie aufgegangen war, während die Samenbläschen nur teilweise mit ergriffen waren. Ebenso war die hintere Blasenwand per contiguitatem erkrankt, wogegen Milz, Leber und Nebennieren Sitz metastatischer Knötchen waren. Ausserdem bestand ein Abscess in der Blasenwand mit Durchbruch in das Bauchfell und Peritonitis sowie Dilatation von Ureteren und Nierenbecken mit Nierenatrophie.

X. Fall.

Reginald Harrison teilt 1884 im Lancet [6]) folgenden Fall mit: Bei einem 64jährigen, seit 9 Monaten mit Harnbeschwerden behafteten Patienten, fand Harrison eine knollige, in die Harnröhre hineinragende Geschwulst der Prostata, welche er von einem Perinealschnitte aus enucleirte. Die etwa Daumenglied grosse Neubildung ergab sich als ein von den Drüsengängen der Prostata entwickeltes Carcinom, und war Patient bis auf eine nach der Operation zurückgebliebene Incontinentia urinae 14 Monate frei von Recidiven. Dann jedoch zeigten sich Leistendrüsenanschwellungen, und zwei Monate später erfolgte der Tod. Keine Section.

XI. Fall.

Billroth [4]) teilt einen Fall von operiertem Prostatakrebs mit, leider ohne genauere Angabe des Operationsverfahrens. Die Mitteilung lautet: Carcinom der Prostata kam einmal vor bei einem Manne von 30 Jahren. Die in etwa 5 Jahren zu Enteneigrösse herangewachsene, sehr weiche Geschwulst war vom Rectum und vom Perineum aus fühlbar. Ich verursachte die Exstirpation; dieselbe gelang, doch war die Geschwulst teilweise in die Blase hineingewachsen. Letztere

wurde natürlich bei der Operation seitlich eröffnet und bekam einen etwa einen Franken grossen Defekt. Die Heilung der Wunde erfolgte dennoch vollständig. Der Patient war aber leider kaum zwei Monate von seinem Leiden frei; dann erfolgte ein Recidiv in der Narbe, und er starb in seiner Heimat 1 Jahr und 2 Monate nach vollendeter Heilung der Operationswunde. Der ganze Verlauf von den ersten Beschwerden an hatte etwa 6 Jahre gedauert. Die Geschwulst war ein weiches, nach der Blase zu zottig ulceriertes Drüsen-Carcinom.

XII. Fall.

Walter Bernard [6]) teilt einen seltenen Fall von primärem Carcinom der Prostata mit secundären Ablagerungen auf der Harnblasenschleimhaut und Leber (betreffend einen 75jährigen Patienten) mit. Das merkwürdigste Symptom im Verlauf der Krankheit war die Suppressio urinae, welche sich dreimal einstellte. Das erste Mal dauerte sie 11, das zweite Mal 3 und das dritte Mal 1 Tag, während welcher Zeit der Kranke sich gerade relativ wohl fühlte, auch keinen Harndrang äusserte. Da sich nach dem einige Monate später eingetretenen Tode in den Nieren ausser Ausdehnung des Nierenbeckens und der Ureteren sowie Dilatation einiger Tubuli kein Grund für die Anurie auffinden liess, so kann diese nur als Reflex des Prostata- und Blasenleidens angesehen werden.

XIII. Fall.

Buchal [7]) teilt in seiner Dissertation folgenden Fall mit: Der Patient, 77 Jahre alt, hat vor etwa 50 Jahren mehrfache Hämoptoë gehabt und ist nach der damals beliebten Methode mit Blutegeln ad Anum behandelt worden. Sonst ist Patient bis zum August des Jahres 1888 stets gesund gewesen; von dieser Zeit an litt er an Verdauungsbeschwerden; die Darmentleerung war bedeutend erschwert. Die Digitaluntersuchung per Rectum ergab das Resultat, dass die Prostata sehr stark hypertrophiert war. Merkwürdigerweise hat der Patient nie über Harnbeschwerden geklagt und so auch der Harn keine abnorme Beschaffenheit gezeigt. Diagnose: Mastdarmverschluss durch Carcinom. Die von Herrn Prof. Grawitz, Greifswald, vorgenommene Section ergiebt folgenden Befund: . . . . . Die Wand der Blase ist sehr verdickt; am Blasenhalse findet sich eine grünliche Höhle; ein ähnliches Aussehen besitzt die ganze Schleimhaut der

Blase. Die Prostata zeigt eine Hypertrophie von der Grösse einer starken Faust; der mittlere Lappen ist von der Dicke einer Kirsche. Auf dem Durchschnitt sieht man deutliche krebsige Struktur der einzelnen Tumoren. Die Krebswucherung ist bereits auf das Rectum übergegangen. Hier findet sich eine Fistula ani. Bei der mikroskopischen Besichtigung des Präparates fand sich eine erhebliche Verdickung der Blasenwand, damit eine Volumverminderung der Blase und Knickung der Pars prostatica urethrae. Auf dem Durchschnitt der hypertrophischen Prostata lässt sich leicht glanduläre Wucherung erkennen. Die Diagnose Carcinoma wird mikroskopisch bestätigt.

Es ist nicht meine Aufgabe, die angeführten Fälle von Carcinom der Prostata und Blase vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus zu erörtern, sondern ich will in eine nähere Besprechung derselben vom klinischen Standpunkte aus eingehen, nachdem ich kurz einige Worte über die Häufigkeit dieser Erkrankung vorausgeschickt habe. Unter den Autoren, die diese Krankheit behandelt haben, herrschen über die Häufigkeit des Vorkommens derselben ziemlich widersprechende Ansichten. Vor allen Dingen sind die älteren Angaben aus dem Anfang und der Mitte dieses Jahrhunderts sehr ungenau, wenn nicht ganz unbrauchbar, da man einen genauen Unterschied zwischen den Krankheiten der Prostata für sich selbst und den Prostatakrankheiten und der Blase nicht machte. So ist manche als Hypertrophie angesehene Krankheit unter die Carcinome zu rechnen und auch umgekehrt. Doch es besteht auch noch zwischen den Angaben der Autoren aus den fünfziger und sechziger Jahren und denen neueren Datums ein manchmal recht bemerkenswerter Unterschied. Im allgemeinen hielt man den Krebs der Prostata bis in die letzten Jahre hinein für eine seltene Krankheit, und von dieser Ansicht ist man auch jetzt wohl nicht im grossen und ganzen abgewichen. So sagt Prof. Pitha in Virchow's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, Band 6 (1855): „Der Krebs der Prostata ist eine seltene — nach Rokitansky äusserst seltene — Krankheit, die in der Regel nur im Gefolge anderweitiger Krebsablagerungen vorkommt. Doch sind auch mehrere Fälle von selbständigem, einzig auf die Prostata beschränktem Carcinom bekannt". Doch in neuerer Zeit neigt man von mancher Seite der Ansicht zu, dass die Carcinome

der Prostata nicht so selten vorkommen. So sagt P. Engelbach in seiner Schrift „Les tumeurs malignes de la prostate“, Paris: „Die Neubildungen (malignen) der Prostata sind nicht so selten, als man meist annimmt. Neunzig Prozent derselben sind primäre Neoplasmen und zwar meist von den Drüsenschläuchen ausgehende Carcinome (86 %.) Die Lage der Prostata, sowie ihr grosser Reichtum an Lymphgefässen, erklären die ausserordentlich rasche und diffuse Verbreitung des Carcinoms“. Ferner ist auch nach Joseph Camille Julien's (Paris) Dissertation 1884 das Carcinom der Prostata eine häufigere Krankheit, als man vielfach annimmt. „Allein im Jahre 1884 hatte Guyon 14 hierher gehörige Patienten behandelt, von unsicheren, erst im Beginn befindlichen Fällen abgesehen“. Gestützt auf im ganzen 47 Beobachtungen, von denen 28 mehr oder minder ausführlich beigebracht sind, meint er, man müsse die bisher über den Prostatakrebs herrschenden Ansichten etwas modifizieren.

Was nun die Frage anbetrifft, ob das Carcinom der Prostata ein primäres oder ein secundäres sei, so ist man im allgemeinen in der Ansicht übereinstimmend, dass die primären Carcinome der Prostata die bei weitem häufigeren sind. So geht aus der Tabelle, die Dr. O. Wyss, Virchow's Archiv-Band XXXV zusammenstellt, hervor, dass die heterologen Neubildungen der Prostata teils primär, teils secundär auftreten, dass aber die primären Formen bei weitem häufiger sind. Von den 28 Fällen, die er aufführt, sind 22 primärer Krebs der Prostata und nur 6 secundär. Und von diesen 6 Fällen sass das primäre Carcinom nicht in der Blase, sondern dreimal im Magen, zweimal im Rectum, einmal in der Dura mater. Prof. Socin spricht sich in Pitha-Billroth, Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie, folgendermassen aus: „Die bösartigen Geschwülste der Prostata können primär oder secundär auftreten. Die ersteren Formen sind bei weitem die häufigeren. . . . . Selten bleibt das Carcinom auf die Prostata allein beschränkt. Am häufigsten werden die Blasenwände in der Gegend des Trigonum perforiert und die Neubildung wuchert entweder unter der Schleimhaut in Form von kleinen oder grösseren Knoten weiter oder gelangt in das Cavum der Blase, wo sie bald oberflächlich verjaucht und ein grosses Krebsgeschwür darstellt. Jolly macht mit Recht darauf aufmerksam, dass der primäre Krebs der Blase niemals den umgekehrten Weg einschlägt und sich auf die Prostata ausdehnt. Diese auffallende Thatsache findet wohl

in dem Umstande ihre Erklärung, dass die Neubildung in der Blasenhöhle wenig Widerstand findet, während die gespannte obere Beckenfascie ihrem Weiterwachsen nach unten ein wirksames Hindernis setzt". Auch J. Albarran sagt in seiner Schrift: „Les Tumeurs de la Vessie 1892": „Das Übergreifen des primären Blasenkrebses auf benachbarte Organe ist weit seltener als das Umgekehrte", und Julien kommt zu dem Schlusse: „Vorwiegend primär vorkommend, findet sich die Neubildung selten als Fortsetzung gleicher Erkrankung der Blase, noch seltener vom Rectum ausgehend". Prof. Ultzmann spricht sich in seinem Buche: „Die Krankheiten der Harnblase" wie folgt aus: „Dass die Carcinome der Blase beim Manne sehr schwer oder auch gar nicht von den Carcinomen der Prostata zu unterscheiden sind, ist eine klinische Thatsache. Ja selbst der pathologische Anatom ist nicht immer im stande, sofort nach oberflächlicher Besichtigung diese Differentialdiagnose zu stellen. Erst nach genauer mikroskopischer Untersuchung können die oft verworrenen Verhältnisse klargestellt werden. Klebs ist der Ansicht, dass die Carcinome der Blase sämtlich vom Prostatagewebe ausgehen. In dieser Fassung ist wohl dieser Ausspruch nicht richtig, denn man findet ja auch in der weiblichen Harnblase Carcinome, und nach Rode kämen sogar auf 40 Fälle 14 mal Carcinome der weiblichen Blase. Doch muss man auch anderseits wieder konstatieren, dass der Krebs beim Manne häufiger vorzukommen pflegt als beim Weibe".

Über die Ursache der Entstehung von Prostatacarcinomen liegen uns keinerlei Angaben vor, und wir können bis jetzt auch hier nichts Sicheres angeben. Nur einer unserer Fälle, der VIII., wird auf ein Trauma zurückgeführt. Was das Alter der Kranken anbetrifft, so war der Patient

im Falle:	I.	43	Jahre	alt.
	II.	60	„	„
	III.	57	„	„
	IV.	69	„	„
	V.	64	„	„
	VI.	59	„	„
	VII.	69	„	„
	VIII.	23	„	„ (Trauma)
	IX.	58	„	„

im Falle:	X.	64 Jahre	alt
	XI.	30 „	„
	XII.	75 „	„
	XIII.	77 „	„

so dass man allenfalls das hohe Alter als ätiologischen Factor anführen könnte.

Eine ziemliche Übereinstimmung zeigen unsere Fälle fast alle in den subjectiven und objectiven Symptomen, von denen die Krankheit einige recht bemerkenswerte bietet. Um zuerst bei den subjectiven Symptomen zu bleiben, so führe ich vor allem die in allen unsern Fällen bis auf einen (Fall XIII) sich äussernden Harnbeschwerden an. In mehr oder weniger rascher Zeit empfanden sämtliche Patienten einen häufigen und schmerzhaften Drang zum Urinlassen, und wenn letzteres geschah, einen stechenden, brennenden Schmerz in der Harnröhre, dem Perineum und manchmal auch in der Glans penis, wie Fall I und III zeigt. Sodann zeigt sich bei allen eine starke Obstipation, worüber die Patienten immer klagen, und die sich nur durch Klysmen vorübergehend heben lässt. Beim Stuhlgang klagen sie ebenso über heftige, stechende Schmerzen, die nur wenig gelindert sind, wenn der Stuhl durch Klystiere erleichtert wurde. Einige Patienten klagen ausserdem über Kreuzschmerzen und heftige in die Unterextremitäten ausstrahlende, von der Beckengegend ausgehende Schmerzen. Ferner klagen fast alle Patienten in den vorgeschritteneren Stadien über Mangel an Appetit, dagegen haben sie manchmal grosses Durstgefühl. Die Kranken werden bei dem Verfall ihrer Kräfte, der manchmal rapide, manchmal nur sehr langsam zunimmt, wie letzteres unser I. Fall zeigt, entmutigt und apathisch. Als objective Symptome sind vor allen Dingen zu nennen, der fortwährende unwillkürliche Abgang von Urin, manchmal nur trübe, meistens aber blutig, oder auch gerade das Gegenteil, die Harnretention, wie Fall XII zeigt, die oft Tage lang anhalten kann. Oft findet sich auch Erbrechen (Fall I) und Singultus (Fall I). Ist der Urin unblutig, wie im Fall III und IV, so zeigt er meistens Eiter und Eiweiss. Er ist fast immer von saurer Reaction; nur im IV. und V. Fall, nachdem er auch hier zuerst sauer war, wurde er späterhin alkalisch. Das wichtigste objective Symptom ist jedoch die Geschwulst der Prostata und Blase, die sich in jedem Falle durch

Digitaluntersuchung per Rectum nachweisen liess. Ihre Grösse ist ganz verschieden, meistens aber doch so umfangreich, dass sie eine Stenosierung des Mastdarms und dadurch eine Obstipation herbeiführt.

Eingehend spricht Prof. Socin in Pitha-Billroth „Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie“ über die Symptome: „Die Symptome des Prostatakrebses haben im Beginn wenig Charakteristisches und unterscheiden sich nicht von den Erscheinungen, welche jedes mechanische Hindernis der Harnentleerung mit sich bringt. Die Patienten klagen zuerst über erschwertes, schmerzhaftes und häufiges Harnlassen, welches immer mehr zunimmt. Dann treten zuerst beim Urinieren, dann aber auch ohne Veranlassung heftige Schmerzen auf, die in die Gegend der Lenden, das Os sacrum und längs der Ischiadici oder der Nervi crurales in die Schenkel ausstrahlen. Ein zweites Symptom, welches besondere Aufmerksamkeit erheischt, sind die Blutungen. Sie sind häufiger und reichlicher als bei der Hypertrophie und stellen nicht nur mehr oder weniger starke blutige Beimengungen des Urins dar, sondern können auch grosse Quantitäten reinen flüssigen Blutes liefern, welches im Strahle entleert wird. Sie entstehen manchmal ohne besondere Veranlassung, wahrscheinlich durch Berstung eines grösseren venösen Gefässes in das Lumen der Harnröhre oder Blase, in anderen Fällen werden sie durch das starke Pressen beim Urinlassen, häufiger noch durch die Einführung des Katheters hervorgerufen. Sie können bedenkliche Grade erreichen und nicht wenig zum raschen Verlauf der Krankheit beitragen. Selbstverständlich bleibt die Untersuchung und die genaue Beobachtung der Anschwellung der Prostata das wertvollste Mittel zur Stellung der Diagnose. Bei erwachsenen und älteren Männern bietet anfangs die per urethram und rectum zu fühlende Geschwulst keine charakteristischen Merkmale dar. Sie ist im Beginn immer hart, umschrieben, mehr oder weniger uneben, höckerig. Eine ungewöhnlich grosse Empfindlichkeit derselben soll schon Verdacht erregen. Jedoch kann nur nach längerer Beobachtung die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Je jünger das Individuum, je rascher die Zunahme des Tumors und der von demselben verursachten Beschwerden, desto eher wird an eine bösartige Neubildung zu denken sein. Erst wenn secundäre Lymphdrüsentumoren im Becken oder in der Leistengegend nachweisbar sind, oder die Geschwulst selbst einen bei Hypertrophie

nie gesehenen Umfang erreicht hat, durch die vordere Bauchwand oder die Weichteile des Dammes durchzutasten ist, kann kein Zweifel mehr obwalten. In selteneren Fällen werden durch den Katheter oder sonst mit dem Urin kleine, abgestossene Partikel der Neubildung herausbefördert, deren mikroskopische Untersuchung die Diagnose unterstützen kann. Es wird jedoch auch hier wieder schwer zu entscheiden sein, ob die in die Harnwege prominierende und und ulcerierte Geschwulst der Blase oder der Harnröhre angehört. Einzelne von dem Tumor herrührende Zellen sind von dem normalen, bekanntlich sehr polymorphen Blasenepithel gar nicht zu unterscheiden. Das Allgemeinbefinden der Kranken ist meist frühzeitig gestört, dieselben magern ab, verlieren ihre Kräfte und bekommen ein kachectisches Aussehen. Der für Krebskranke charakteristische Gesichtsausdruck permanenter Angst und bewussten tiefen Leidens findet sich hier besonders häufig und wird dem erfahrenen Praktiker nicht entgehen. Der weitere Verlauf ist der bekannte, mehr oder weniger schnell zum letalen Ausgang führende. Allerlei Komplikationen, wie Urinabscesse und Urininfiltrationen, jauchige Cystitis und Pyelitis, Blutungen usw., können denselben abkürzen. Oft aber erfolgt der Tod in erschreckend langsamer Weise bei vollem Bewusstsein, infolge äusserster Erschöpfung".

Alle Autoren sprechen sich übereinstimmend darüber aus, dass es in den meisten Fällen überaus schwierig, ja manchmal sogar direkt unmöglich ist, eine genaue Diagnose zu stellen. Denn die Symptome, die der Kranke uns angiebt, und die wir selbst bei ihm entdecken, kommen nicht nur ausschliesslich bei den Carcinomen der Prostata vor, sondern manchmal auch bei Hypertrophie der Drüse, Cystitis, Papillom der Blase und und so weiter. Argwöhnisch muss es uns jedoch machen, wenn die Kranken uns angeben, sie hätten Schmerzen in der Beckengegend nicht nur beim Urinlassen, sondern auch in den Zeiten zwischen dem einzelnen Urinieren. Klagen uns die Patienten über Schmerzen in den Beinen und sehen wir etwa auch oedematöse Anschwellungen eines Beines, wie z. B. bei Fall III, so können wir leicht daran denken, dass diese Schmerzen dadurch entstehen, dass krebsige, entartete Lymphdrüsen auf die Schenkelvenen einen Druck ausüben. So wird auch wohl die sog. „Ischias" in Fall X aufzufassen sein. Jedenfalls ist es wohl so gut wie unmöglich, schon zu einer Zeit, wo man dem Kranken eventuell noch helfen könnte, die richtige

Diagnose zu stellen. Ich sage mit Absicht, eventuell noch helfen könnte; denn ob es möglich ist, überhaupt Hülfe zu schaffen, bleibt bis jetzt und wohl auch noch länger eine offene Frage.

Ich komme somit auf die Therapie zu sprechen und will zunächst einige Worte über die chirurgische Behandlung sagen. Abgesehen davon, dass man die Natur des Leidens schon sehr früh richtig diagnosticieren müsste, um durch Entfernung der noch kleinen Geschwulst dem Kranken Besserung zu bringen, würde diese Besserung besten Falls eine nur vorübergehende sein. Von den Fällen, die bis jetzt einer chirurgischen Behandlung unterzogen wurden, ist keine einzige dauernde Heilung zu berichten. Im Gegenteil behauptet Engelbach, eine Exstirpation der Geschwulst bewirke meist eine rasche diffuse Verbreitung der Carcinomatose. Wir sind also darauf beschränkt, mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln die Leiden des Kranken zu mildern, um ihm das Leben noch einigermassen erträglich zu machen. Wir müssen versuchen, durch passende Diät die Kräfte zu erhalten, bei Obstruktion der Urethra die Blase künstlich entleeren und für die Regelung des Stuhlganges sorgen. „Der Katheterismus ist oft sehr schwierig, äusserst schmerzhaft und ruft gefährliche Blutungen hervor. Der Verweilkatheter ist gefährlich und gewöhnlich auch nicht wegen der heftigen Schmerzen zu ertragen. In schwierigen Fällen wird daher die capilläre Blasenpunction auch hier ihre Anwendung finden". [8])

Die Prognose kann naturgemäss bei solchen Erkrankungen wegen der Aussichtslosigkeit der inneren und chirurgischen Behandlung nur die schlechteste sein. Die meisten Kranken gehen an Marasmus zu Grunde.

Was speziell unsern ersten Fall betrifft, so unterscheidet er sich sehr charakteristisch von den meisten anderen Beobachtungen dadurch, dass man bei demselben keineswegs von einer Kachexie des Patienten sprechen kann. Zu erklären ist dieser verhältnismässig sehr gute Ernährungszustand daraus, dass das Carcinom in der Prostata und Blase lokalisiert blieb und keine allgemeinen, auch in anderen Organen auftretenden Krankheitserscheinungen hervorrief. Diese fehlende Kachexie hätte uns wieder in der Diagnose schwankend machen können, wenn wir nicht per rectum den äusserst schmerzhaften Tumor gefühlt hätten. Auch lag infolge der über der Symphyse konstatierten Dämpfung die Annahme einer gefüllten Blase nahe. Doch als trotz

des Katheterisierens nur eine äusserst geringe Menge Urin entleert wurde, war die Annahme eines stark verengten Lumens unter gleichzeitiger Verdickung der Blasenwände berechtigt. Allerdings hatte der Patient im Vergleiche zu seinem früheren Gewicht schon ziemlich bedeutend abgenommen, aber trotzdem wog er, als der exitus letalis eintrat, noch circa 160 Pfund, und der panniculus adiposus war, vor allem am Abdomen, sehr stark entwickelt. Auch fällt uns die lange Dauer des ganzen Krankheitsprozesses auf; wir dürfen aber, wenn wir die Dauer der Erkrankungen in den anderen Fällen ins Auge fassen, darin nichts Abnormes sehen. Eine Anwendung der Cystokopie, um die Diagnose, die übrigens durch die Section vollauf bestätigt wurde, zu stellen, wäre in diesem Falle ganz unmöglich gewesen, da ja nur ein ganz dünner und weicher Katheter in die Blase eingeführt werden konnte. Vorausgesetzt, eine Cystokopie wäre möglich gewesen, so hätten wir in unserem Fall wohl mit Sicherheit auf eine Verdickung der Blasenwände schliessen können, da die so kolossal verdickten Blasenwände den Schein der elektrischen Glühlampe, den man bei normalen Verhältnissen sich deutlich auf den Bauchdecken abzeichnen sieht, nicht hätten durchschimmern lassen. Eine Punktion der Blase, welche bei einer eventuellen, lang andauernden Harnretention in Aussicht genommen war, wäre gleichfalls wegen der enormen Dicke der Blasenwand unmöglich gewesen, ja sie hätte sogar durch Verletzung eines Gefässes eine innere Verblutung des Patienten herbeiführen können. Der verhältnismässig rasch eintretende exitus letalis des Patienten wies auf urämische Erscheinungen hin. Auch in diesem Falle musste der Kranke dem unheilbaren Leiden erliegen. Denn leider gilt noch immer das verzweifelte Bonmot eines Duquarcque: [9]) „Le cancer est incurable parcequ' on ne le guérit pas ordinairement, on ne peut le guérir, puisqu'il est incurable, donc quand on le guérit, c'est qu'il n'existait pas".

Am Schlusse meiner Arbeit fühle ich mich gedrungen, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh.-Med.-Rat Prof. Dr. W. Ebstein für die gütige Überlassung dieser Arbeit meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Diagnostisches Lexikon, Bd. III.
2. Virchow's Archiv, Bd. XXXV.
3. Virchow's Jahresbericht 1878.
4. Langenbeck's Archiv.
5. Schmidt's Jahrbücher 1885.
6. Virchow's Jahresbericht 1884.
7. Buchal, Dissertation 1889. Greifswald.
8. Pitha-Billroth, Handbuch der allgemeinen und spez. Chirurgie, Bd. VI.
9. Eulenburg's Realencyclopädie, Bd. IV.
„Krankheiten der Harnblase“ von Prof. Dr. Ultzmann.